

## BIBLIOGRAFIA

### DISTOMATOSIS EN LOS OVINOS

Este es el título de la tesis presentada por el ex-alumno de la Sección Veterinaria don Enrique González Aguinaga. Historia el proceso de esta enfermedad enzoótica en el país, aconsejando como medio de evitar su mayor propagación, la profilaxia ya establecida por las reparticiones sanitarias dependientes del Ministerio de Agricultura. Termina con las dos proposiciones siguientes:

La carne proveniente de animales afectados de distomatosis debe ser rechazada para el consumo cuando hay desaparición completa de la grasa (*extrema flaccura*) ó si existe ésta cuando está fluida y los músculos descoloridos, muy blandos é infiltrados, como macerados; porque, entonces, su valor nutritivo es escaso y puede ser peligrosa para la salud del hombre.

El hígado, en todos los períodos, debe decomisarse y enviarlo al horno crematorio, á los digestores, ó á depósitos que contengan soluciones antisépticas concentradas y evitar que lo coman los perros.

En el país no hay ninguna medida oficial referente á esta enfermedad, ni se ha legislado sobre ella; aunque puede considerarse, muy bien, como un *vicio redhibitorio*, como lo está en Alemania, Austria y Suiza.

El plazo para ejercer acción contra el vendedor, en estos países, es: de 14 á 28 y 30 días en Alemania (según las regiones) y de 14 á 60 días en Austria (Friedberger y Frohner).

### PLEURESIA SERO-FIBRINOSA DEL CABALLO

por C. N. LOGIUDICE

El autor describe la pleuresía sero-fibrinosa *primitiva*. Su trabajo es el resultado de observaciones experimentales y clínicas realizadas en la Facultad Nacional de Agronomía y Veterinaria de La Plata en los años de 1907 y 1908. Durante su estadía en las Escuelas Veterinarias de Alfor

y de Bruselas (1909-1911) ha podido recoger datos interesantes que le permitieron completar el estudio y resumir á la vez todo lo más importante que se ha escrito sobre esta enfermedad. Se divide en las siguientes partes: *Consideraciones Generales, Historia, Anatomía y Fisiología de*

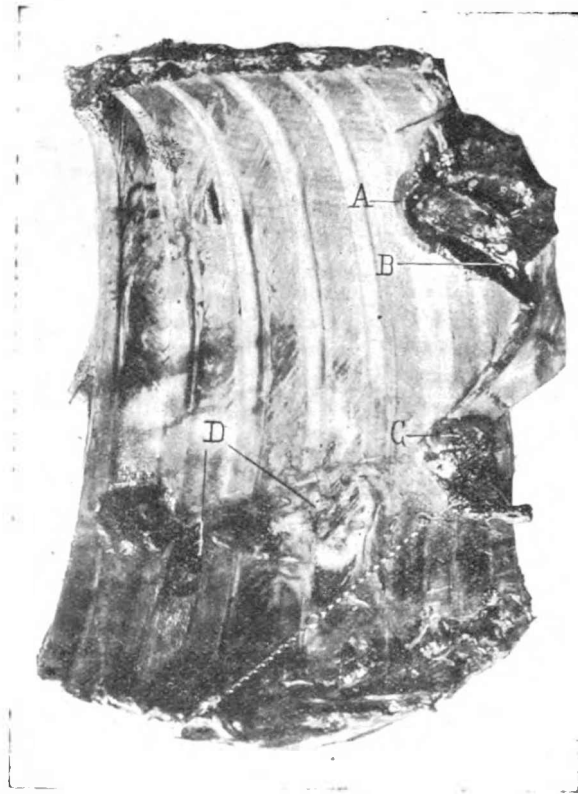


Fig. 1

PLEURISIA EXPERIMENTAL PROVOCADA POR INYECCIÓN DE LIXIVADO AMONÍACAL EN LAS PLEURAS

B Pulmón atelectásico. — A Adherencia costal. — C Adherencia costo-diafragmática. — D Espesamiento pleural (placas lechosas) (C. N. Logiudice).

*la Pleura, Etiología y Patogenia, Anatomía Patológica, Sintomatología, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento,* y termina haciendo un somero estudio bacteriológico y citológico aplicado á esta afección. A ese respecto dice:

Con el adelanto de la ciencia y la intervención de nuevos procedimientos de estudio, el campo de la investigación se ha extendido con-

siderablemente, y es por ese hecho que actualme quedan una serie de cuestiones á resolver en enfermedades que se consideraban como bien dilucidadas. La pleuresia es una de ellas. El exámen bacteriológico permitirá establecer una clasificación más racional de los derrames que tienen por asiento el tórax y es muy probable que con la aplicación de

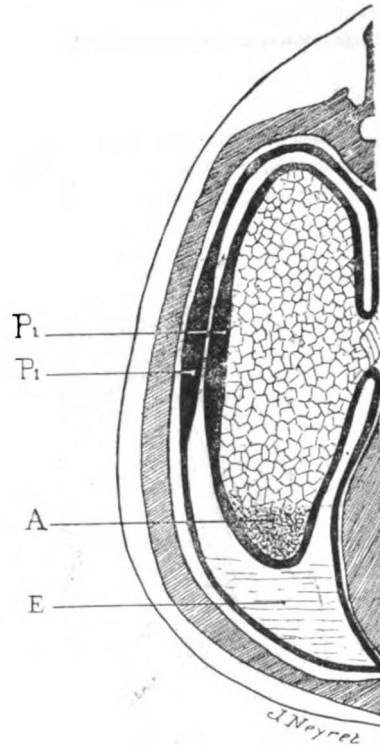


Fig. 2

PERIODO INICIAL DE LA PLEURESIA

Figura esquemática mostrando en P, las hojas pleurales inflamadas dando comienzo al derrame.—E Exsudado pleurético.—A Atelectasia del pulmón. (C. N. Logiudice).

este método, la pleuresia de origen tuberculoso en el caballo se constatará con más frecuencia.

La citología clínica constituyendo el método llamado de *cito-diagnóstica*, ha sido introducido recientemente en Medicina Veterinaria y si bien su estudio no es actualmente completo, es indiscutible que está llamado á prestar grandes servicios como elemento de información para el diagnóstico y el pronóstico de los derrames pleurales. Desde luego aplicado este método á los elementos de la sangre solamente, se ha extendido

rápidamente á las diversas serosidades y derrames orgánicos con el perfeccionamiento de este estudio, basado en las reacciones de origen celular que el organismo opone á las infecciones, se podrán sacar, pues, indicaciones muy útiles y si la hiperleucocitosis revelada por este método es un indicio de una defensa enérgica y de un pronóstico favorable por consiguiente; el autor se pregunta, si no se podría acaso, aprovechando la propiedad que tienen ciertas sustancias, de exitar la función leucocitaria, instituir para la pleuresía un nuevo modo de tratamiento.

Las pleuresias parciales (costales, pulmonares, diafragmáticas, medias-tínicas), no se describen clínicamente en Medicina Veterinaria; es imposible en los animales diagnosticar este asiento especial. Por otro lado, la

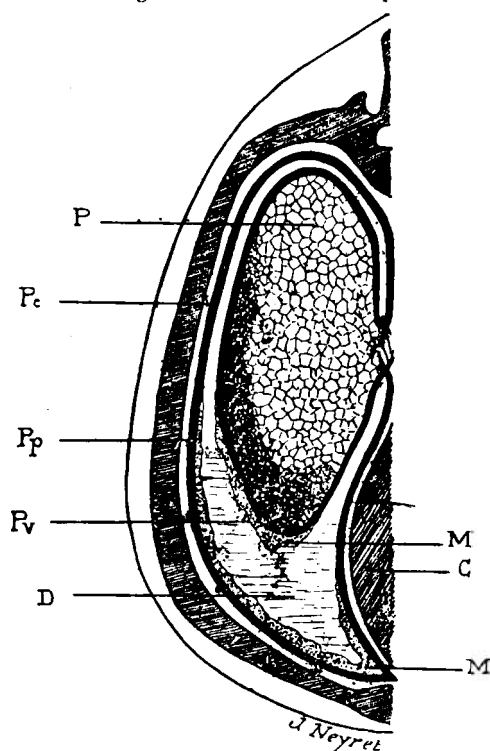


Fig. 3

ESTUDIO ESQUEMÁTICO DE LA PLEURESIA SERO-FIBRINOSA EN CONJUNTO

P. Pulmón hepatizado en su parte de contacto con el líquido pleural. — Pv Pleura visceral siguiendo al pulmón en su retracción. — D Derrame pleural separando las dos hojas (parietal y visceral). Pc Pared costal—C Corazón rechazado de su posición normal por la acción del derrame. — M Pseudo-membranas. (C. N. Logiudice).

inflamación localizada en un principio en estas regiones, no tarda en extenderse de trecho en trecho volviéndose general.

La pleuresia sero-fibrinosa en el caballo es siempre doble debido á la perforación del mediastino posterior, hecho negado por algunos autores. Las pleuresias unilaterales son extremadamente raras, solo pueden observarse en los casos en que el exsudado al comienzo de la inflamación, localizado en ese punto, haya podido obstruir esas pequeñas aberturas. El autor, en numerosos caballos sacrificados para la preparación de piezas anatómicas, ha podido constatar lesiones antiguas de la pleura, en las cuales el mediastino posterior era el asiento de espesamientos patológicos que lo transformaban en un tabique completo. En estos casos es evidente que una inflamación pleural tendría por resultado la localización del exsudado en uno de los compartimentos.

Al tratar de la parte clínica el autor, la divide en 3 períodos, y uno preparatorio, *periodo podrómico*.

«La sucesión de los síntomas en la pleuresia sero-fibrinosa, ofrece frecuentemente irregularidades en su duración, presentándose bajo aspectos variables en cada individuo, circunstancia por la cual algunos autores niegan su evolución cíclica.

El período inicial tiene una duración relacionada con la intensidad de la causa inflamatoria; el ruido de frotamiento y la disminución del murmullo respiratorio pueden persistir durante algunas horas ó durar hasta dos días. — En algunos enfermos el derrame aparece del 3º al 8º días, aumentando de una manera continua ó deteniéndose á distintos niveles. Es imposible preveer en qué momento se efectúa la resolución, si ésta será rápida ó sufrirá oxilaciones. Las punciones activan la reabsorción del exsudado, en otros casos el líquido queda estacionario ó se reproduce.

Pero si bien la duración de los períodos no puede ser perfectamente precisada, la clínica nos demuestra, que cada uno de ellos es caracterizado por signos físicos diferentes. — En el primero que corresponde á la descamación endotelial de la pleura se observan los frotamientos; el 2º tiene por característica el derrame y en 3º los frotamientos reaparecen.

Los signos funcionales tienen muy poco valor diagnóstico en la pleuresia, su insuficiencia ha sido constatada; en cambio los signos físicos dados por la percusión y la auscultación, tienen una gran importancia para el clínico, por medio de los cuales podrá establecer el diagnóstico con toda certeza.

Es imposible atribuir un valor absoluto á ningun signo de la pleuresia tomada aisladamente desde el punto de vista del diagnóstico y es solamente por su reunión y por su agrupamiento en un cierto orden, que se puede llegar á precisarlo. Es por eso que creemos necesario facilitar el estudio, ordenándolos en periodos.

La enfermedad no aparece bruscamente, en la mayor parte de los casos es precedida de un estado indeterminado, periodo más ó menos largo, caracterizado por un malestar vago, debilitamiento y pérdida de apetito. La duración es variable, aparece en las primeras horas del enfriamiento ó traumatismo y persiste hasta 48 horas y más.

Es el *período podrómico*—de incubación si se quiere.

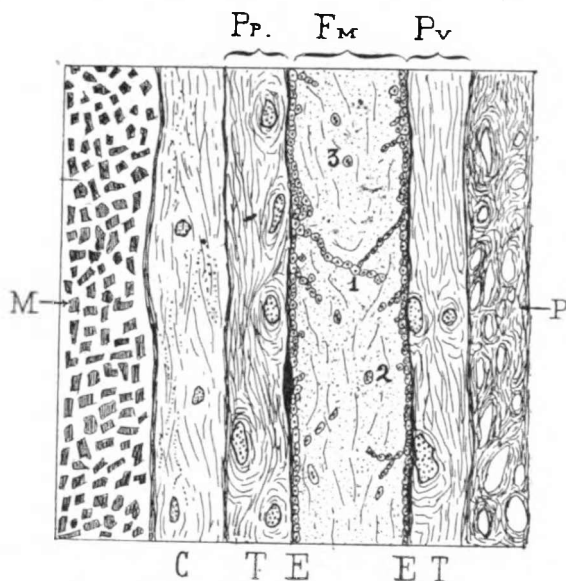


Fig. 4

CORTE ESQUEMÁTICO DE UNA ADHERENCIA PLEURAL DESDE EL MÚSCULO INTERCOSTAL HASTA EL PULMÓN

M Músculo intercostal.—C Tejido conjuntivo sub-pleural.—Pp Pleura parietal.—T Trama conjuntiva.—E Capil endotelial.—Pv Pleura visceral.—Fm Falsa membrana.—En E las células se alargan y se pediculizan, algunas se desprenden, penetran en la fibrina, se anastomosan (proceso de organización).—1 Vaso de nueva formación.—2. Células del tejido conjuntivo.—3 Leucocitos. (C. N. Logiudice).

Este período preparatorio es constante, como lo he observado personalmente en las pleuresías experimentales.

El animal está triste, los andares, á causa de un debilitamiento general marcado, son lentos é inciertos; sudores aparecen en distintas regiones del cuerpo, el menor trabajo lo fatiga.—La piel presenta un calor anormal, el pulso es más frecuente y los latidos del corazón más fuertes. En algunos casos han sido observados fenómenos pseudocólicos, consistentes en movimientos desordenados del enfermo y caída sobre el suelo.

Todos estos fenómenos, como hemos dicho, tienen poca significación, constantes en las pleuresías provocadas por inyecciones de líquidos irri-

tantes, pueden faltar ó pasar desapercibidos en las pleuresías espontáneas».

Dada la poca importancia de los síntomas funcionales en esta afección, el autor describe en primer lugar los signos físicos, el mecanismo de su producción y por último su significación anátomo-patológica.

En el diagnóstico hace resaltar los signos principales que caracterizan ese estado patológico y que permiten elucidarlo. Luego hace un estudio diferencial entre las distintas pleuresías (sero-fibrinosa, hemorrágicas,

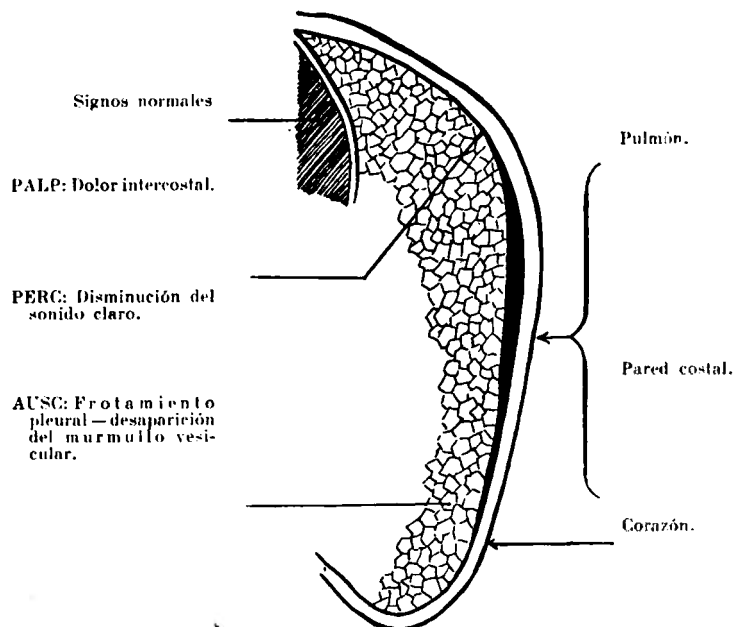


Fig. 5

purulentas), el hidrotorax, la pericarditis, la congestión pulmonar y la pleuro-neumonía. Termina diciendo que la *punción exploratriz* es un medio muy simple de diagnóstico. — Ella nos demuestra la existencia del derrame y la naturaleza del líquido.

Resulta á veces que la *punción exploratriz* es negativa, pero si hay razones serias como para suponer la existencia de un derrame, es prudente repetir la operación en otra parte de la pared torácica y cambiar la aguja si es necesario — pues puede suceder que la aguja haya sido introducida en una masa fibrinosa ó en un punto ocupado por adherencias ó por fin haberse obturado por una ú otra causa.

Se practica con la geringa de Pravast—de Roux ó con un trocar de pequeño calibre y de acuerdo con la técnica indicada en el "Exámen Citológico" y las reglas de asepsia y antisepsia quirúrgica.

Es necesario practicar prudentemente esta operación y tratar por todos los medios de no perforar el pulmón.—Si bien es cierto que la perforación espontánea del pulmón por una aguja fina y aséptica, no es la

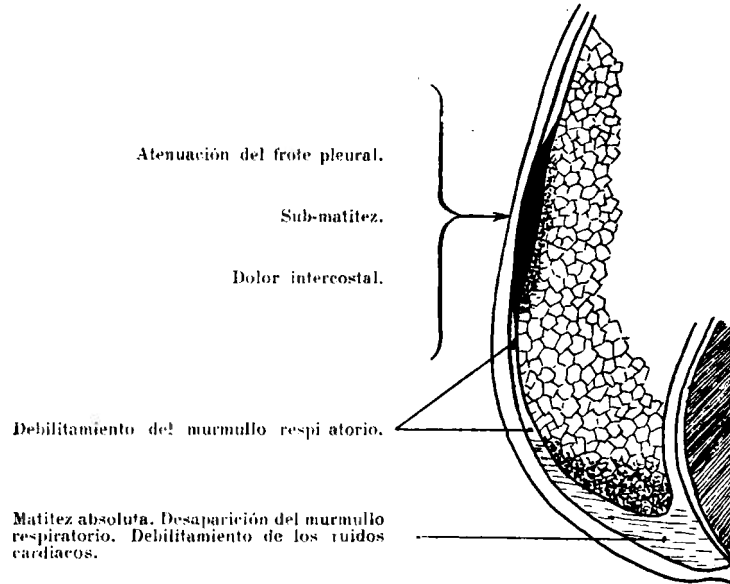


Fig. 6

consecuencia de ningún accidente inmediato, podría muy bien en el caso de una neumonía ser la causa de una infección de la pleura—las bacterias serían sembradas por la aguja al pasar por esta membrana.

A falta de una clasificación racional de los medicamentos que entran en la terapéutica de esa enfermedad, describe el tratamiento higiénico, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico. Se detiene sobre todo en este último.

“La punción del torax como medio de tratamiento de los derrames de la pleura, ha sido el objeto de contradicciones entre los clínicos. Su eficacia ha sido admitida por algunos (Saint-Cyr, Aureggio), y negada por otros (Bouley, Lafosse, Gohier). Hasta hace poco era raramente puesta en práctica.

Por fin los excelentes resultados obtenidos en estos últimos tiempos, han demostrado la potencia soberana de este procedimiento quirúrgico y su práctica se ha generalizado rápidamente, entrando definitivamente en la terapéutica de los derrames pleurales.



Gracias á la intervención de la *asepsia* y *antisepsia* se evita la penetración de nuevos gérmenes en el organismo y la toracentesis resulta por este hecho un medio *simple é inofensivo*.

Se practica con un simple trocar, con los aspiradores de Potain y Dieulafoy. Algunos hacen uso de la cánula de Reybard, que consiste en un trocar fino llevando cerca de su pavellón, una ranura sobre la cual

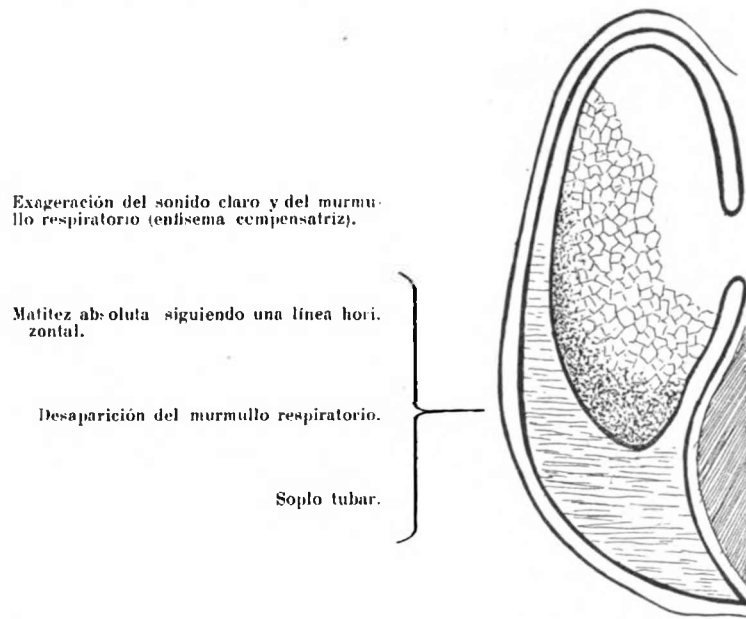


Fig. 7

puede ser fijada por medio de un hilo un pedazo de intestino de conejo ó de gato. — Antes de comenzar la operación se tiene la precaución de mojar la película.—El líquido sale lentamente y cuando el aire tiende á penetrar, la película baja y forma una válvula infranqueable.

«La principal indicación de la toracentesis, es aquella indiscutiblemente admitida por todos, que tiende á la abundancia excesiva del derrame.

¿Pero cómo apreciar la cantidad de líquido exudado de una manera precisa?

La clínica nos demuestra que los signos funcionales que se manifiestan en el curso de la enfermedad, son impotentes para diagnosticar el derrame.

Hay enfermos en los cuales la línea de matitez llega hasta la mitad de la altura del torax, por ejemplo, y no manifiestan más que una aceleración insignificante de los movimientos respiratorios, pudiendo faltar á veces— el estado general es favorable. En otros, al contrario, siendo la misma la zona de matitez, la dispnea es intensa y amenaza asfixia los signos funcionales graves.

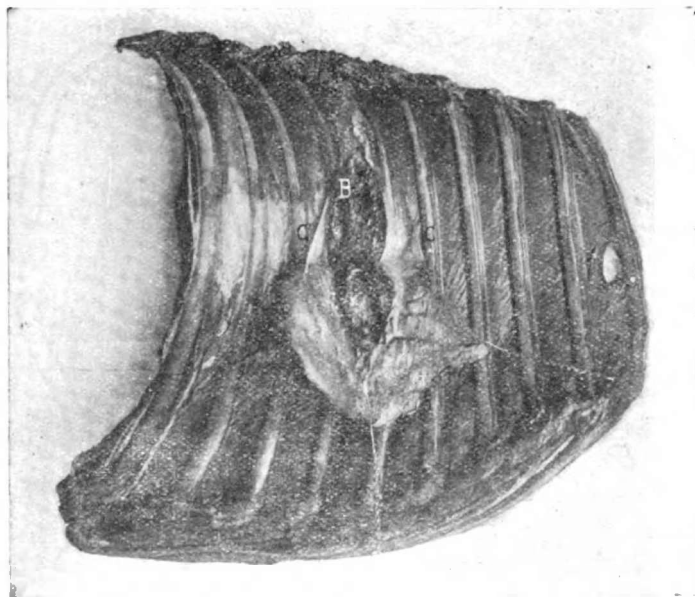


Fig. 8

PLEURESIA SERO-FIBRINOSA

Autopsia practicada en la Facultad de Agronomía y Veterinaria de La Plata el 17 de Enero de 1908.—Trozo de pulmón atelectásico adherido á la pared torácica por sólidas membranas C C' — En B parte del tejido pulmonar y la pleura visceral adherido á la pleura parietal. (Observación clínica, C. N. Logiudice).

¿Cuál es la interpretación de estos fenómenos, siendo la línea de matitez la misma?

Es muy probable que en el primer caso, la cantidad de líquido exsudado es solo aparente.—La napa interpuesta entre las dos hojas pleurales permite aún efectuar los movimientos del pulmón con más ó menos amplitud.

En el 2º, el líquido ha seguido reproduciéndose y en lugar de aumentar el nivel de la zona de matitez, se ha acumulado en las partes en declive —ha rechazado al pulmón hácia la columna vertebral disminuyendo considerablemente el campo respiratorio—de ahí la dispnea consecutiva.

«Este hecho me induce á creer que el aumento de la zona de matitez no está en relación con el aumento del derrame—éste puede seguir reproduciéndose y la matitez quedar estacionaria.

La dispnea que aparece generalmente en los enfermos en los cuales el derrame ha quedado varios días sin modificar su nivel, viene al apoyo de mi modo de pensar.

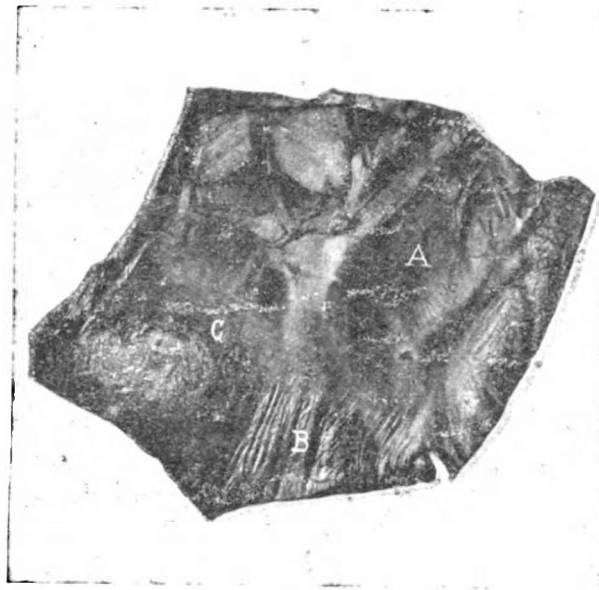


Fig. 9

PLEURESIA SERO-FIBRINOSA

Autopsia practicada en la Facultad de Agronomía y Veterinaria de La Plata el 5 de Mayo de 1908.—Trozo de diafragma.—A Porción aponeurótica.—B Porción muscular.— En C adherencia del pulmón (origen probable de la inflamación). (Observación clínica de C. N. Logiudice).

Por lo que se refiere á la toracentésis llego á la conclusión: que la *dispnea es una indicación preciosa, siempre que sea controlada con el examen físico del torax.*

En todos los casos en que la zona de matitez ocupa el tercio ó la mitad de la altura del torax y la dispnea es pronunciada, la toracentésis es una operación de urgencia que no debe vacilarse en practicarla.

Cadéac, entre otros autores, piensa que el contacto y desplazamiento del líquido pleurético, determina nuevas lesiones y aconseja por lo tanto la toracentésis precoz á fin de *limitar la infección.*

El primero de estos modos de ver no está de acuerdo con ciertos hechos clínicos y anatómo-patológicos.

Desde luego está fuera de duda, como lo admiten los autores clásicos modernos, que la exsudación de serosidad hácia afuera de los vasos sanguíneos es uno de los medios de defensa de la pleura; sea por acción mecánica sustrayéndose á los frotamientos repetidos; sea produciendo una dilución más grande de los microbios y sus toxinas: ó sea por fin, ejerciendo una acción antitóxica y bactericida. — Si bien es cierto que los

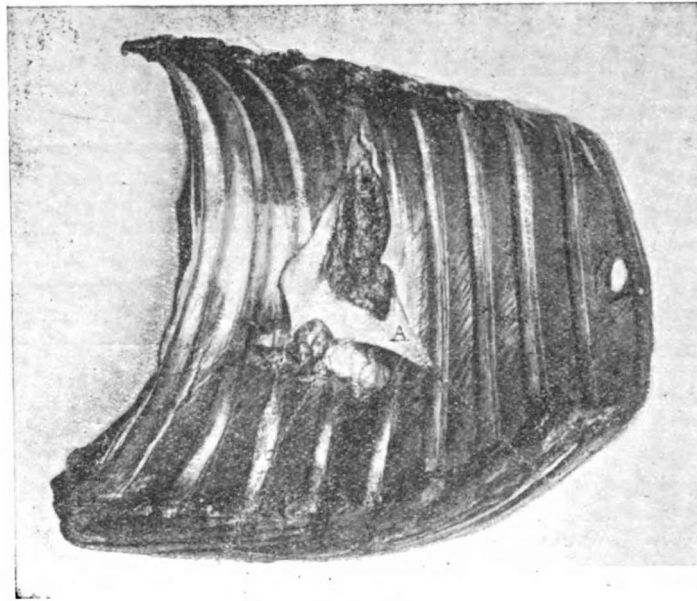


Fig. 10

PLEURESIA SERO-FIBRINOSA

Mismo caso de la fig. 8. El pulmón ha sido retirado por arrancamiento.  
A Neomembrana organizada.

mecanismos invocados son distintos, el resultado es el mismo — *la pleura se defiende*.

Por lo tanto, la acción del líquido pleurético como manifestación de esta defensa, lejos de ser nociva es al contrario benéfica.

La autopsia de animales que han tenido un abundante derrame pleurético, nos prueba suficientemente en casi todos los casos, que las lesiones atribuidas á la inflamación son limitadas — y que las alteraciones del pulmón (atelectasia, hepatización, enfisema, etc.), y del corazón, no son debidas á una acción tóxica ó microbiana del líquido, sino á una acción puramente mecánica.

Cuando la resolución se efectúa, todo vuelve al estado normal y no queda otro rastro de la inflamación que la adherencia (neomembrana) ó el espesamiento (placa lechosa). — En una palabra, las cicatrices de las lesiones.

En cuanto á la toracentesis precoz: ¿porqué extraer de la pleura el líquido que se está formando con el objeto de aislar la lesión, inmovilizarla y facilitar así su cicatrización? ¿porqué tratar de provocar un nuevo contacto entre las dos pleuras, hacer sufrir frotamientos y modificar por lo tanto ese tejido delicado de granulación? La actividad y rapidéz con que se reproduce el líquido en estos casos, prueban que este elemento es indispensable para la regeneración ulterior de las lesiones. ¿Qué interés se tiene entonces en puncionar cuando recién la exsudación se establece, puesto que en razón del proceso exsudativo el líquido se reproduce enseguida?

La toracentesis no es un procedimiento terapéutico curativo, sino *mecánico*, destinado á salvar el obstáculo creado por el exudado en el funcionamiento regular de los órganos intra-torácicos.

Me parece más razonable dejar simplemente seguir su evolución al proceso inflamatorio, tratando de que el líquido se reabsorba espontáneamente y no intervenir sino en el caso en que por *su duración y abundancia* ponga en peligro la vida del enfermo.

Debemos reconocer que una compresión largo tiempo prolongada de los órganos torácicos, los inmoviliza en una posición viciosa, pudiendo provocar lesiones irreparables en el campo de la hematosis, un debilitamiento de la resistencia vital y la muerte por consiguiente.

En todos los casos sea ó no manifiesta la dispnea, es conveniente completar el exámen físico del tórax por una punción exploratriz con la jeringa de Pravaz; pues, puede suceder que las falsas membranas más ó menos espesas que envuelven al pulmón en una cierta extensión, sean la causa de un error de interpretación.

La cantidad de líquido á extraer no debe ser mayor de 4 á 6 litros; se procederá por punciones sucesivas. Se tratará sobre todo de *retirarlo lo más lentamente posible*.

El pulmón se encuentra singularmente modificado desde el punto de vista funcional y querer suprimir bruscamente, sin transición, la fuerza que lo comprime sería evidentemente una imprudencia capaz de determinar accidentes más ó menos graves».

---

«Así comprendida la toracentesis constituye un medio excelente capaz de remediar el peligro inmediato.

Provoca un mejoramiento sensible del estado general, un bien estar notable.—Las vesículas pulmonares se dilatan, el aire se precipita en ellas, los movimientos respiratorios son más libres, la hematosis más completa.—La decompresión se hace sentir en todos los órganos torácicos

suprime el obstáculo que trastorna el funcionamiento del corazón, la tensión venosa disminuye, el pulso se regulariza. La resolución se acelera.

La perforación del pulmón con un trocar aséptico no reviste gravedad y se traduce cuando es profunda, por una expectoración sanguinolenta pasajera. Este accidente es puramente debido al operador, como también la abertura de la arteria intercostal y la penetración de aire en las pleuras.

Durante la operación la penetración de aire en los alveolos decomprimidos, puede dar lugar á accesos de tos. Cuando esto sucede basta disminuir la salida del líquido ó detenerla algunos instantes.

A veces el animal reacciona y el operador se ve obligado á suspender la operación. Estas sensaciones de dolor son debidas probablemente á las bridas membranosas que envuelven al pulmón y constituyen un obstáculo á su dilatación.

La congestión edematosa del pulmón sobreviene á consecuencia de una decompresión brusca.—En las formas graves la muerte se produce rápidamente por asfixia y se manifiesta por una ansiedad profunda, tos, acompañada de una expectoración espumosa y sanguinolenta.

La muerte repentina, puede ser debida á accidentes nerviosos más ó menos graves como el síncope ó por los mecanismos que hemos citado al tratar de las terminaciones de esta enfermedad.

En fin se ha acusado á la toracentésis como capaz de provocar la purulencia del exudado sero-fibrinoso. Actualmente, practicada con todas las reglas de asepsia y antisepsia, no merece más este reproche—*si la transformación purulenta tiene lugar, depende exclusivamente del operador*.

En resúmen, la mayor parte de los accidentes se evitan practicando la operación asépticamente y retirando lo más lentamente posible una cantidad de líquido entre 4 y 6 litros al máximo.

### NEUMONÍA LOBAR AGUDA DEL CABALLO

El Dr. José A. Díaz Yolde en su tesis presentada á la Facultad para optar al título de doctor en medicina veterinaria, trata sobre la *neumonia lobar aguda del caballo*.

Relata los varios casos de esa enfermedad que ha observado y tratado. Siendo uno de ellos el siguiente, que reviste interés:

Caballo bayo cebruno, de siete años de edad. Propietario señor Reynaldo Ferreyra, del Azul, provincia de Buenos Aires.

Los antecedentes suministrados, son; el día 1º de Agosto corrió una carrera al trote, habiendo sido trasladado sin manta desde la pista hasta

la casa del propietario. Al día siguiente el caballo no comió su ración; se encontraba muy triste y como le notara un poco de tos, le hizo fumigaciones con humo de trapo, sospechando fuera moquillo, continuando con este procedimiento hasta que fué á solicitar mis servicios profesionales. (Debo advertir que el tratamiento empleado por el cuidador del caballo es el que se pone en práctica en tales casos por los habitantes de la campaña). Además, agrega, que tuvo mucosidades en la nariz, las que se presentaban con tintes rojos.

Día 8.—El caballo se encuentra en un estado de postración completa. No tiene apetito; bebe mucho; orina poco; no hay tos ni arroje nasal, notándose sin embargo, rastros de éste en los orificios nasales. Las mucosas, congestionadas; respiración muy acelerada; pulso rapidísimo; temperatura 41 grados.

*Exploración del tórax.*— La palpación de los espacios intercostales acusa un dolor intenso. La percusión nos dá á conocer una matitez completa al costado derecho del pecho, á la altura de la 8ª, 9ª, 10ª y 11ª costilla y al costado opuesto un sonido claro, casi timpánico.

*Auscultación.*—En el sitio donde á la percusión se notaba matitez, se siente el soplo tubar y en las regiones vecinas, el murmullo hiper-vesicular muy acentuado. Al costado opuesto, normal.

*Diagnóstico.*—Con los signos físicos y funcionales constatados en la exploración, formulé el diagnóstico: neumonía lobar aguda unilateral derecha: período de estado—hepatización.

*Tratamiento profiláctico.* Aconsejé se limpiara perfectamente la caballeriza y que se cubriera muy bien al enfermo, á fin de mantenerlo abrigado.

*Alimentos.*—Avena en maceración y pasto verde.

*Curativo.*—Inmediatamente ordené se le diera al enfermo el siguiente purgante:

Rp. Aloes 3 o. gr., nuet y regaliz, C S

para un electuario. Además, que se le diera por la mañana la bebida antitérmica siguiente:

Rp. Fenosetina 10 gr. Agua 100 gr.

En un frasco—III. Uno por día.

Día 9.—El estado del enfermo es el mismo; el purgante le hizo poco efecto, la fiebre continúa en el mismo estado.

*Tratamiento.*—Se le dió una inyección de esencia de trementina (4 g.) en la región escapular.

Día 11.—Fuí llamado con urgencia, porque había aparecido otra vez el arroje nasal sanguinolento, produciendo la alarma consiguiente en el propietario del caballo. Sometido el animal á un exámen minucioso, comprobé su estado general bastante mejorado.

Tenia tos repetida y había abundante salida de mucosidades sanguinolentas por la nariz. La respiración un poco acelerada, pero menos que

al principio de la enfermedad; pulso, 60; temperatura, 39° grados. La evacuación de orina era insignificante. Las mucosas, un poco congestionadas; la boca, seca.

*Exploración del pecho.*—Palpación, es un poco dolorosa en los espacios intercostales.

*Percusión.*—Se constata matitez y submatitez, ganando esta última en extensión á la anterior.

*Auscultación.*—Donde se siente por la percusión la submatitez, se nota el ral crepitante, mientras se percibe aún el soplo tubar en la matitez.

*Tratamiento.*—Profiláctico, el mismo.

*Curativo.*—Se repite la bebida antitérmica y se le administra además la siguiente preparación antiséptica, expectorante y diurética:

Rp.  
Yoduro de K. . . . . 10 gr.  
Kermes. . . . . 8 “  
Digital . . . . . 3 “  
Agua . . . . . 100 “

En un frasco—VI.

El día 15 de Agosto volví á visitar al enfermo, habiendo comprobado la ausencia completa de los signos físicos y funcionales que acusaban este estado patológico. Aconsejé al propietario, señor Ferreyra, paseara al enfermo y que le administrara paulatinamente los alimentos hasta llegar al racionamiento normal. Así continuó hasta el 25 de Agosto, época en que comenzó á entrenarlo para una nueva carrera.

### FIEBRE AFTOSA

El señor Celestino Pozzi, de la última promoción de la Facultad, desarrolla el tema que sirve de epígrafe, en síntesis para optar al título de doctor en medicina veterinaria.

Ha hecho el señor Pozzi una compilación de todos los tratamientos preconizados hasta ahora en el país y fuera de él para combatir la fiebre aftosa. Comenta favorablemente la reglamentación de la Policía Sanitaria Nacional y termina manifestándose partidario de la organización sanitaria por zonas, considerando que es impostergable su implantación si se quiere mantener y acrecentar la riqueza ganadera.